

婦女、嬰兒及兒童營養補充特別計畫(WIC Program)規則

- 請向WIC工作人員提供真實、準確的資訊。
- 請每次僅從一家WIC診所取得支票。如果同月中，您不止從一家診所取得WIC支票，您可能會失去WIC計畫資格，並須償還WIC計畫為您支付的費用。
- 您可以選擇參加WIC計畫或CSFP計畫（補充食品配發計畫）。一個人不能同時參加兩項計畫。
- 若支票丟失、被盜或損壞請及時向WIC工作人員報告。請勿使用任何已報告為丟失、被盜或損壞的支票。若您找到此等支票，請交還診所。
- 請勿涂改WIC支票。若需修改WIC支票，請致電診所工作人員。
- 請勿出售、交易或贈送WIC食品、配方牛奶或WIC支票。
- 請勿使用WIC食品、配方牛奶或WIC支票換取金錢，借貸，過期補用或用作其它用途。
- 請勿辱罵、騷擾、威脅或傷害WIC工作人員或WIC商店的工作人員。
- 請正確使用WIC支票：
 - ▶ 請在有效期內（簽發當日到使用日期的最後一日之間）使用WIC支票。
 - ▶ 請僅使用簽名欄下方列印了您的姓名的WIC支票。
 - ▶ 請僅在WIC核准的商店購買相關食品。檢查商店是否有「本店接受WIC支票」的標誌。
 - ▶ 請按照WIC支票上列明的食品數量和種類購買。
 - ▶ 將使用WIC支票購買的食品與您購買的其它物品分開放置。
 - ▶ 在付款購買前，請告知收銀員您將使用WIC支票。
 - ▶ 當收銀員檢查過您的身份證並寫下金額後，在WIC支票上簽名。

如果您有任何疑問，請詢問WIC工作人員。

根據聯邦法律和美國農業部的有關政策，本計畫不得以民族、種族、原國籍、性別、年齡或殘障等理由歧視任何人。投訴請致函：USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20250-9410，或致電：(800) 795-3272（語音服務）或(202) 720-6382（聾啞人士專線）。美國農業部提倡平等機會與平等就業。

華盛頓州WIC絕不歧視任何人。

WIC營養補充特別計畫
1-800-841-1410



DOH 962-010CH (2006年5月9日Rev.)
本出版物亦提供其它格式，供殘障人士索取。請致電1-800-525-0127
索取本出版物的其它格式。

華盛頓州WIC營養補充特別計畫 權利與責任

Client Name / 客戶姓名

WIC需要我做什麼？

購買WIC核准的食品：

我將僅購買WIC支票上載列的食品。該食品將僅用於計畫參與者。

正確使用WIC支票：

我將遵循本表格背面列明的支票使用規則。我可以指明另一人使用該支票。我將告知該人士如何正確使用WIC支票。

每次僅從一家WIC診所取得支票：

我將每次僅從一家WIC診所取得支票。如果我搬遷，我將填寫轉移卡。

遵守WIC預約：

我將遵守WIC預約，如果需要另約時間，我將提前致電。

基本禮儀：

我將對WIC工作人員和WIC商店的工作人員以禮相待。

WIC能為我做什麼？

WIC食品：

如果我符合WIC的資質要求，我將獲得可以用來購買健康食品的支票。我瞭解，WIC不會在一個月之內為我提供所有需要的食品或配方牛奶。

營養與母乳喂養相關資訊：

WIC將為我提供有關健康飲食與積極的生活方式的幫助資訊。WIC將提供母乳喂養的支持服務和幫助。

醫療保健資訊：

WIC將向我提供尋醫問藥、兒童免疫接種的相關資訊。需要時，WIC還將為我提供轉介服務。

公平待遇：

根據規則規定，WIC獲得機會人人均等。如果不同意關於我的WIC資格的決定，我有權要求舉行公平聽證。

基本禮儀：

WIC工作人員和WIC商店的工作人員將對我以禮相待。

我瞭解我的權利和責任：

- 我提供給WIC的所有資訊皆真實準確。WIC工作人員可檢查這些資訊。
- 若收入、家庭規模、住址或醫療補助、基本食品計畫、TANF（貧困家庭臨時援助計畫）或FDPIR（印度安保留區食品分配）合格資格發生變化，我將立即向WIC工作人員匯報。
- 我將遵循本表格雙面列明的WIC計畫規則。如果我指明另一人使用我的支票，我將確保該人士瞭解並同意遵循WIC計畫規則。
- WIC為一項聯邦計畫。我瞭解，未能遵循有關規定、作出虛假陳述、故意曲解、或隱瞞有關本人WIC計畫合格資格的事實，將造成如下後果：
 - 我或我的孩子將被取消WIC資格，時間長達一年。
 - 我將因領取了不應領取的食物或配方牛奶而向WIC支付相關費用。
 - 根據州和聯邦法律，我將可能面臨民事或刑事訴訟。
- 我允許WIC工作人員測量我或我孩子的身高和體重。我允許WIC工作人員取少量血液檢查我或我孩子的血液含鐵量。我瞭解，以上資訊為確定WIC合格性所必須。

簽署本表格即表示我同意以上內容。

客戶/護理者簽名

日期

加入WIC計畫不會影響您的移民身份

華盛頓州WIC辦公處可向我提供我的WIC記錄副本。

For clinic use. Initial all that apply if client did not read the form: ___ Interpreter ___ Written translation ___ Read to client ___ Other

Caregiver Name / 護理者姓名